



# FICHE INFIRMERIE

PHOTO

**Document non confidentiel** à remplir par les familles à chaque rentrée scolaire

- Seconde
- Première
- Terminale
- Postbac

## IDENTITE DE L'ELEVE

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Né (e) le :** \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ **Nationalité :** \_\_\_\_\_

## SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE

**Etablissement fréquenté :** \_\_\_\_\_

**Classe :** \_\_\_\_\_ **Division :** \_\_\_\_\_ **Commune :** \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE LEGAL

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Code postal :** \_\_\_\_\_ **Commune :** \_\_\_\_\_

**Profession :** \_\_\_\_\_

**Tel Dom :** \_\_\_\_\_ **Tel travail :** \_\_\_\_\_ **GSM :** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS MEDICAUX**

**L'élève suit-il un traitement médical ?**       OUI     NON

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.

**L'élève a-t-il des allergies ?**

Asthme :    OUI     NON   
Alimentaires : OUI     NON   
Médicamenteuses : OUI     NON

**Autres :** .....

**Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :**

.....  
.....

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

**Pathologies familiales :**

Diabète :    OUI     NON   
Cholestérol :    OUI     NON   
Problèmes cardiaques :    OUI     NON   
Autres : .....

**Parents :**    Mariés       Séparés       Divorcés

Nombre de sœurs .....

Nombre de frères .....

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

| VACCINS<br>OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES<br>DERNIERS<br>RAPPELS | VACCINS<br>RECOMMANDES         | DATES |
|-------------------------|-----|-----|----------------------------------|--------------------------------|-------|
| Diphthérie              |     |     |                                  | Hépatite B                     |       |
| Tétanos                 |     |     |                                  | Rubéole-Oreillons-<br>Rougeole |       |
| Poliomyélite            |     |     |                                  | Coqueluche                     |       |
| Ou DT Polio             |     |     |                                  | Autres (préciser)              |       |
| Ou Tétracoq             |     |     |                                  |                                |       |
| BCG                     |     |     |                                  |                                |       |

**Veillez joindre les copies du carnet de vaccination.**

**L'élève bénéficie-t-il d'aménagements particuliers :**

**PAI (Pathologie) :** OUI  NON  (si OUI fournir le dossier)  
(Projet d'Accueil Personnalisé)

**PPS (Handicap) :** OUI  NON  (si OUI fournir le dossier)  
(Projet Personnalisé de Scolarisation)

**PAP :** OUI  NON  (si OUI fournir le dossier)  
(Plan d'Accompagnement Personnalisé)

**Pour tout aménagement, fournir un dossier complet à l'infirmière, dès la rentrée.  
(Bilans orthophoniques, orthoptistes etc. ....)**

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT**

**Docteur :**.....

**Adresse :**.....

**Téléphone :**.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou, pour les élèves externes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

**ENGAGEMENT**

**Je soussigné, ....., responsable légal de**

**l'enfant .....**

**Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.**

**DATE :** .....

**SIGNATURE :**